

Les Kystes Entéroïdes de la Région Iléo-Cœcale

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1941

PAR

Jacques PINSON

Né le 21 Octobre 1916 à Bordeaux

Élève du Service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Diplômé d'Hygiène

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. ETIENNE, professeur, *Président.*

RICHE, professeur.

AIMES, professeur.

ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE CARLIER-SAUMADE
12, Rue des Etuves et 2, Rue du Cygne

1941

PINSON (Jacques)

Les kystes entéroïdes de la région iléo-cœcale.

Montpellier, imp. Carlier-Saumade, 1941

in 8°, 56 pp. 4 radios

(Thèse méd. Montpellier, 1941, n°21)

PINSON (Jacques)

Les kystes entéroïdes de la région iléo-cœcale.

Montpellier, imp. Carlier-Saumade, 1941

in 8°, 56 pp. 4 radios

(Thèse méd. Montpellier, 1941, n°21)

PINSON (Jacques)

Les kystes entéroïdes de la région iléo-cœcale.

Montpellier, imp. Carlier-Saumade, 1941

in 8°, 56 pp. 4 radios

(Thèse méd. Montpellier, 1941, n°21)

PINSON (Jacques)

Les kystes entéroïdes de la région iléo-cœcale.

Montpellier, imp. Carlier-Saumade, 1941

in 8°, 56 pp. 4 radios

(Thèse méd. Montpellier, 1941, n°21)

LES KYSTES ENTEROIDES DE LA RÉGION ILEO-CŒCALE

Les Kystes Entéroïdes de la Région Iléo-Cœcale

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Décembre 1941

PAR

Jacques PINSON

Né le 21 Octobre 1916 à Bordeaux

Élève du Service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Diplômé d'Hygiène

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	}	MM. ETIENNE, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		RICHE, professeur.		
		AIMES, professeur.		
		ROUX, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE CARLIER-SAUMADE
12, Rue des Etuves et 2, Rue du Cygne

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

MM

Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HÉDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PEGH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	(GIRAUD doyen
	(RIMBAUD
Clinique chirurgicale	(MASSABUAU, ass
	(RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE,
Clinique des maladies des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologique et maxillo faciale	TERRACOL
Radiologie (Chargé de cours)	LAMARQUE
Anatomie (Chargé de cours)	LAUX
Histologie (Chargé de cours)	GRANEL
Propédeutique chirurgicale (Chargé de cours)	AIMES

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS,
GALAVIELLE, BOSC, VIRES, VILLARD, CABANNES, GRYNFELT

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe	MM. MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agrégé.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agrégé.
Clinique de la tuberculose	VIDAL, professeur.
Accouchements	CADERAS DE KERLEAU, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agrégé
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, professeur.
Histoire Naturelle Médicale	HARANT, agrégé.
Stomatologie	Dr FERRIER, chargé de cours

Agrégés en exercice

Médecine. . MM. P. RIMBAUD	Urologie. . . MM. TRUC
BOUCOMONT	Chimie. . . . MONNIER
BERT	Bactériologie CARRERE
Chirurgie. MOURGUE-MOLINES	Obstétrique CADERAS de KERLEAU
GUIBAL	Histoire Nat.
ROUX	méd. et parasit.
	Chargé d'agrég. HARANT
	LAFON

Examineurs de la Thèse

MM. ETIENNE, Professeur, Président	MM. AIMES, professeur.
RICHE, professeur.	ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A TOUS LES MIENS DE PARENTÉ ET DE CŒUR

*Seul le silence est digne des sentiments
que nous leur portons.*

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE BORDEAUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE MONTPELLIER

A MES PROFESSEURS DES SERVICES DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL SOLCARD
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

A MONSIEUR LE MÉDECIN CHEF VARACHE
Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Officier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE
Professeur de clinique chirurgicale et orthopédique
à la Faculté de Montpellier
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. ROUX
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914 et 1940

A MONSIEUR LE DOCTEUR H.-L. GUIBERT
Chef de Laboratoire des Cliniques
à la Faculté de Médecine de Montpellier

A MES JUGES

LES KYSTES ENTEROIDES DE LA RÉGION ILEO-CŒCALE

CHAPITRE PREMIER

Définition

Qu'est-ce qu'un kyste entéroïde? Le terme même qui désigne ces formations pathologiques de l'intestin et que TERRIER et LECÈNE ont proposé en 1904 dans leur étude, en définit assez clairement la nature.

Ce sont des tumeurs kystiques à structure intestinale. On les trouve souvent décrites aussi sous les rubriques, assez significatives de: kystes entérogènes, entérokystes ou entérokystomes.

Quel que soit le terme employé pour les désigner, ces kystes s'identifient par la structure histologique de leur paroi qui rappelle, répétons-le, celle de la paroi intestinale.

Où siègent-ils?

On les a signalés tout le long du tractus digestif: plancher de la bouche (SAWYER) œsophage (LODD et GROSS), rectum (PETIT DE LA VILLEON), mais surtout au niveau de l'intestin grêle. KETTEL en 1933, sur 88 cas étudiés, trouve 71 localisations sur le grêle pour 17 sur le côlon.

Enfin toutes les portions de l'intestin grêle ne sont pas atteintes de la même façon. Si l'on signale des kystes entéroïdes au niveau du duodénum et au jéjunum (LORD et GROSS-TERRIER et LECÈNE) c'est surtout dans la région iléo-cæcale qu'a été observé la presque totalité des cas étudiés: TERRIER et LECÈNE ont des statistiques éloquentes à cet égard: sur 18 cas, 15 fois le kyste occupe le dernier mètre de l'iléon ou l'angle iléo-cæcal, une fois seulement le cæcum et 2 fois le jéjunum.

Ceci d'ailleurs ne présente pas seulement un intérêt spéculatif, nous verrons au cours de cette étude que la localisation des kystes entéroïdes dans la région iléo-cæcale donne lieu à une pathologie spéciale et ceci s'ajoutant à leur fréquence remarquable en cette région permet de faire des kystes entéroïdes de la région iléo-cæcale une individualité clinique bien définie.

Si l'on ajoute que les kystes entéroïdes comme nous le verrons aussi, sont de nature congénitale et d'évolution essentiellement bénigne on peut en donner, en résumé, la définition suivante:

Les kystes entéroïdes sont des tumeurs kystiques de l'intestin caractérisées par:

- 1° la similitude de leur paroi et plus particulièrement de l'épithélium de revêtement de leur cavité avec l'épithélium intestinal;
- 2° Leur nature congénitale et leur évolution bénigne en temps que tumeur, mais non exempte d'accidents dont certains aboutissants fatals de leur évolution peuvent être très graves;
- 3° Leur localisation très fréquente dans la région iléo-cæcale qui permet de faire de la pathologie des kys-

tes de ce territoire anatomique une véritable individualité clinique.

Avant d'entrer dans le détail de cette étude dont l'idée et les directives nous ont été données par M. le Professeur Roux, il est intéressant de faire une analyse rapide des travaux entrepris sur la question.

Ils sont peu nombreux surtout en France où les kystes entéroïdes, décrits d'une façon détaillée par TERRIER et LECENE en 1904 n'ont fait à nouveau l'objet d'une étude complète qu'en 1937 par MM. BOURDE et MOSINGER de Marseille.

Entre temps quelques observations éparses surtout à l'étranger citons en quelques-unes:

En France: PROUST et MONOD (1907); RICARD et DESGOUTTES (1928).

En Angleterre et Amérique: D'ABREU, ASCHNER, DREENEM, EVANS, FORRESTER, GLASS, HAGARD, HUGUES Jones, L.-J. HORN, LANAHAN et STONES, MILLAR et ROBERT, THEIS.

En Allemagne: KARSTEN KETTEL, KETTEL, KROGIUS, KRATZENSTEIN, MELSHIOR.

Il faut en rapprocher les travaux de LEWIS et THYNG sur les diverticules intestinaux chez l'embryon du porc, lapin et d'homme qui étayaient une conception pathogénique des kystes entéroïdes.

Depuis 1937: NURBERG publie un cas de kyste du mésentère;

RIVAROLA (Buenos-Aires) signale une invagination du grêle par un kyste entéroïde chez un enfant de 45 jours;

W.-E. LOOD et GROSS donnent 20 observations de kystes entéroïdes ayant amené des complications;

SAWYER publie aussi deux observations de tumeur de cette nature.

Enfin la thèse de GOLDSTEIN en 1939 étudie un cas de kyste entéroïde du mésentère observé dans le service du Professeur ETIENNE à Montpellier.

CHAPITRE II

Observation

Nous nous proposons dans ce travail, de présenter l'observation du malade du Professeur Roux, opéré d'un kyste entéroïde de la région iléo-cæcale, dont nous reprendrons ensuite les divers éléments pour les comparer aux notions, déjà acquises, sur la question, par les travaux antérieurs.

OBSERVATION (7 juillet 1939)

B... 18 ans. Habituellement constipé, a présenté dans le courant de ces derniers mois des crises douloureuses de l'abdomen, à début brutal, d'intensité progressive, localisées dans la fosse iliaque et le flanc droits. Jamais ces crises n'ont été accompagnées de fièvre, ni de vomissements; elles provoquaient un arrêt des matières et des gaz, sans émission de glaires ou de sang par l'anús et disparaissaient progressivement après quelques heures de position allongée.

Entre les crises, l'état de santé est parfait. Ce jeune hom-

me à habitudes sportives, est musclé et de robuste constitution. il n'a jamais été malade.

Le 7 juillet 1939, le Docteur BONNEL, appelé à constater le retour d'une crise douloureuse survenue sans cause apparente après une période de constipation, demande un avis chirurgical. Le malade étendu sur son lit ne donne pas l'impression de souffrance aiguë. Il a perçu la veille, sa douleur annonçant le début d'une période de crise; ces phénomènes douloureux procèdent par poussées au cours desquelles il se tord sur son lit. Ils s'amendent ensuite pour faire place à un endolorissement de l'abdomen. Il a eu ainsi au cours de la nuit précédente plusieurs périodes aiguës. Il n'a pas présenté de vomissements, ni de fièvre, pas d'émission de gaz, de glaires ou de sang par l'anus. Le pouls bat à 80.

Découvert, il indique du côté droit de l'abdomen comme siège des phénomènes douloureux et ne peut préciser topographiquement ni un point plus précis, ni l'endroit habituel du début de la douleur. Cet abdomen ne présente pas de caractère particulier de forme, il n'est pas ballonné; il est symétrique et d'ailleurs très convenablement musclé.

La palpation ne met en évidence en aucun point de la contracture musculaire. La fosse iliaque droite en particulier est souple, elle est douloureuse à la palpation profonde, mais le siège habituel de la région iléo-cæcale n'est pas spécialement sensible.

La région douloureuse paraît s'étendre dans le flanc et dans la région ombilicale. On ne perçoit à ce niveau ni tuméfaction anormale, ni point douloureux précis. La région lombaire n'est pas douloureuse, le palper lombo-abdominal est simplement douloureux par la pression abdominale. Le rein n'est pas perceptible.

Le toucher rectal n'apporte pas d'élément nouveau. L'ampoule rectale est vide.

En présence de ce tableau, qui permet d'éliminer un syndrome inflammatoire aigu de l'abdomen, on retient la probabilité d'accidents mécaniques d'occlusion bien qu'on soit privé des éléments qu'aurait fourni l'observation d'une crise aiguë, qu'il n'a pas été possible de provoquer durant l'examen.

Un examen radiographique est pratiqué à jeun, par le Professeur LAMARQUE: « Il montre que la déglutition s'opère normalement mais l'estomac est d'un type un peu anormal, type d'estomac de nourrisson en virgule, toute la partie antrale est déformée le long de la grande courbure, il semble que cette déformation tiende à la présence d'une masse dure et douloureuse que l'on sent à la palpation un peu au-dessous.

On étudie l'évacuation. Celle-ci se fait avec une très grande difficulté, elle est pratiquement insignifiante. Cependant 6 heures après l'ingestion, l'estomac est vidé.

A ce moment, le baryum se trouve dans les anses grêles qui sont d'un aspect assez particulier. On constate, notamment, qu'une anse grêle se dirige presque verticalement dans la fosse iliaque droite, se projetant jusque dans la région gastrique, c'est dans cette zone que le sujet ressent le maximum de douleur. Dans cette région également on voit de nombreuses anses grêles dilatées et remplies d'air.

Quelques heures plus tard, un nouvel examen vient montrer du baryum dans le grêle. La portion du grêle rectiligne que l'on a signalée plus haut est toujours remplie, mais on trouve du baryum dans tout le côlon gauche et dans la dernière portion du côlon transverse où paraît venir s'aboucher cette partie du grêle. On constate à ce niveau une sorte

d'image en cupule, d'autre part, l'anse grêle est encadrée par une série de petites traînées en dents de peigne. Ces images font penser immédiatement à une invagination. En effet, à la palpation, on sent un boudin d'invagination juste dans la région du grêle.

On administre un lavement opaque au malade. Ce lavement permet de réduire lentement mais complètement l'invagination puisqu'on fait passer du baryum dans le grêle, après remplissage du bas-fond cæcal. Toutefois l'image du bas-fond cæcal étant assez irrégulière, il n'est pas certain que le lavement ait réduit complètement l'invagination.

Conclusion. — Invagination iléo-cæcale. La réduction par lavement paraît obtenue. Quelques irrégularités persistant dans le bas-fond cæcal ne permettent pas toutefois de l'affirmer.

L'épreuve radiologique a permis de préciser le diagnostic d'invagination iléo-cæcale et de réduire cette invagination par un lavement sous pression.

Cependant, bien que le reflux baryté se fasse correctement dans l'anse iléale, on perçoit sur l'épreuve radiographique une imprégnation irrégulière de la région de la valvule de Bauhin, qui éveille l'idée soit d'une réduction incomplète, soit de la présence d'un élément tumoral, facteur de l'invagination. L'intervention chirurgicale est aussitôt décidée et pratiquée sur l'heure.

Intervention chirurgicale (7 juillet 1939, 18 heures), Professeur Roux. — Sous anesthésie générale, à l'éther, laparotomie latérale droite (type Jalaguier). L'appendice est libre et non enflammé. L'angle iléo-cæcal est d'apparence normale; en particulier l'abouchement iléo-cæcal est facilement étalé et indemne d'invagination. En saisissant le cæ-

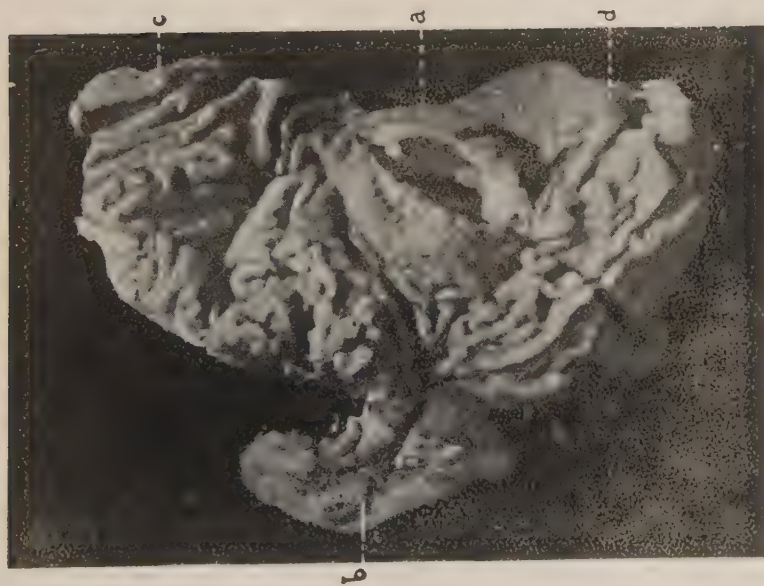


Fig. 1 — *a*, tumeur ; *b*, appendice ; *c*, co'lon ascendant ; *d*, cœcum (1)

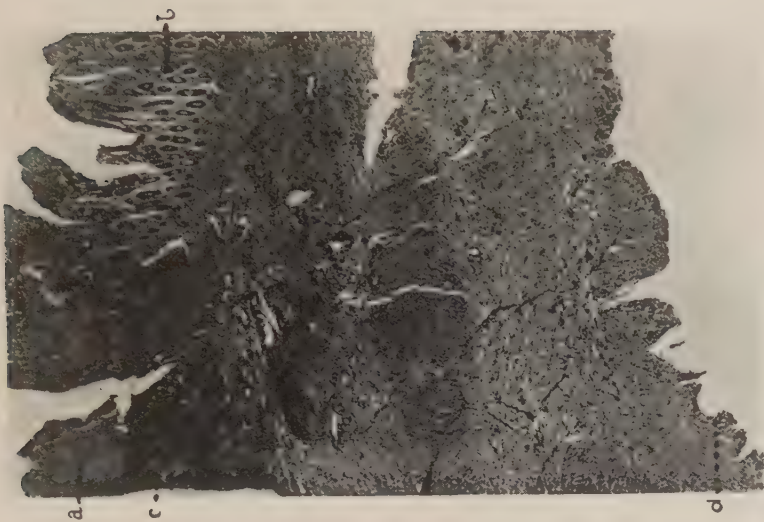


Fig. 2 — Paroi d'un kyste. *a*, muqueuse intestinale avec glandes en *b*, et follicules clos en *c* ; *d*, revêtement épithélial de la face externe du kyste.

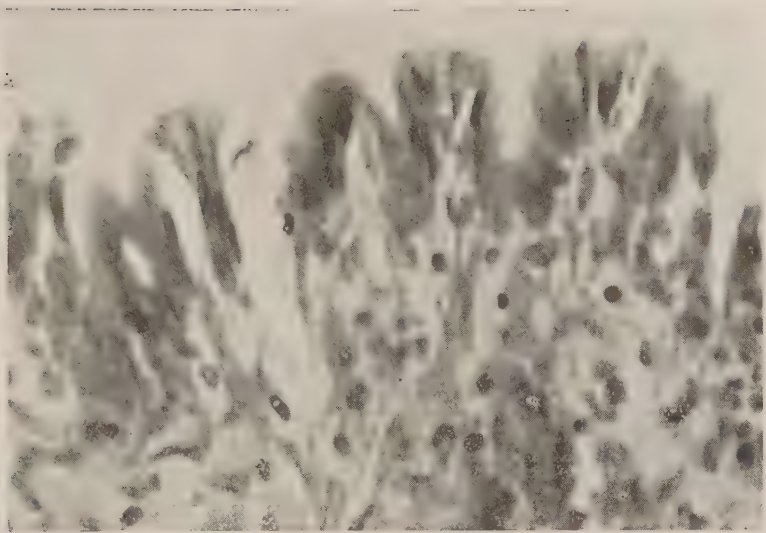


Fig. 3. — Revêtement interne du kyste : épithélium gastrique simplifié formé de cellules cylindriques à mucus.

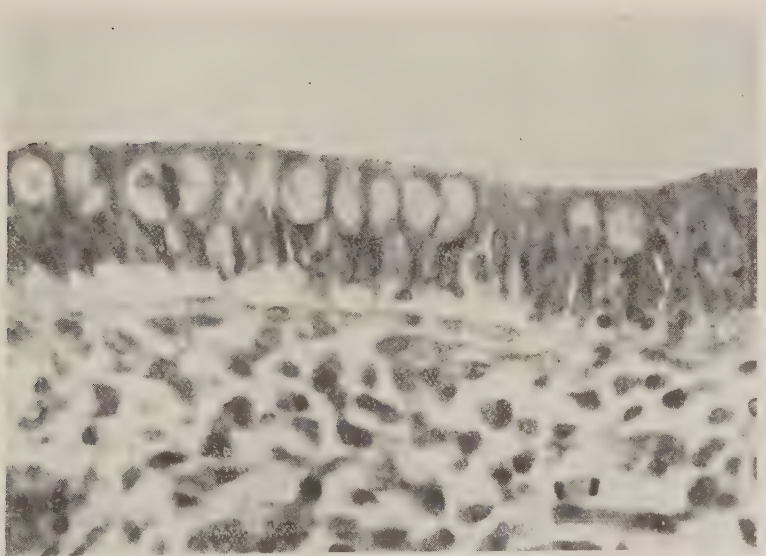


Fig. 4. = Revêtement externe du kyste : épithélium intestinal formé de cellules caliciformes à mucus alternant avec des cellules cylindriques hautes à plateau strié.

cum, qui est très mobile, entre les doigts, on perçoit une masse donnant une sensation diffuse, difficile à circonscrire, occupant exactement l'aire de l'angle iléo-cæcal, du volume d'une mandarine. La paroi antérieure du segment iléo-cæcal ne présente pas de modification de forme, la tuméfaction paraît intéresser la paroi postérieure, et ses rapports exacts avec la lumière intestinale sont difficiles à déterminer.

Afin de les préciser, une cæcotomie est immédiatement pratiquée; elle permet de se rendre compte qu'il n'existe pas de tumeur pédiculée dans la lumière intestinale et que la muqueuse cæcale n'est pas ulcérée; mais la paroi postérieure du cæcum est soulevée et cette tuméfaction se perd dans la paroi postérieure de l'abouchement iléal. On peut alors se rendre compte que la tumeur de consistance molle est incluse dans la paroi intestinale qui est épaissie et que la face muqueuse et la face péritonéale ne sont pas modifiées.

On pratique alors une hémicolectomie droite avec anastomose latéro-latérale transverso-iléale.

Suites opératoires normales.

Suivi et revu encore récemment, l'opéré va très bien, sans troubles de fonctionnement de l'intestin. La constipation a disparu.

Examen de la pièce: La paroi postérieure du cæcum, de la valvule iléo-cæcale et de la partie terminale de l'iléon est occupée par une cavité, dont le contenu est séreux, du volume d'une mandarine. La plus grande partie de cette cavité intéresse la paroi cæcale, le tiers environ est iléal. Sa face interne est tapissée d'une muqueuse ressemblant à la muqueuse intestinale, sa paroi est d'égale épaisseur autant dans sa moitié muqueuse que dans sa moitié péritonéale,

c'est-à-dire que cette tumeur kystique est insérée en pleine paroi intestinale dédoublée à égale distance du péritoine et de la muqueuse. La paroi a à peu près l'épaisseur d'une paroi intestinale normale.

La valvule iléo-cæcale ne présente pas d'anomalie; elle paraît seulement aplatie. Il n'existe pas de diverticule iléal.

Pas d'anomalie sur le segment réséqué.

Examen histologique (Docteur GUIBERT)

Nous avons pratiqué un prélèvement au niveau de la saillie que la tumeur fait dans la lumière intestinale (fig. 1). En ce point, on peut décrire à la paroi du kyste: une face interne revêtue par une mince muqueuse, une face externe revêtue par la muqueuse intestinale elle-même et une zone moyenne comprise entre les deux premières (fig. 2).

La *face interne* est pourvue d'un épithélium, discontinu du reste, qui s'invagine parfois pour former des sortes de culs-de-sacs glandulaires. Il est composé de cellules cylindriques à mucus du type gastrique dont la partie superficielle est remplie de mucus tandis que la partie profonde est occupée par un noyau le plus souvent allongé en bâtonnet mais que l'on peut voir aussi ovoïde ou arrondi (fig. 3).

Ces cellules à mucus reposent sur une membrane vitrée assez nettement différenciée qui sépare l'épithélium d'un chorion riche en capillaires sanguins et en polynucléaires éosinophiles qui viennent s'ajouter aux éléments lymphohistiocytaires habituels.

La *muscularis-mucosæ* fait défaut ou plutôt à son lieu et place se trouve une large couche de fibres musculaires lisses circulaires doublées d'une couche longitudinale. L'épaisseur de ces couches est très variable d'un point à un autre

de la coupe et même, par places, c'est l'une ou l'autre qui s'amincit jusqu'à manquer totalement.

Il n'y a pas non plus de couche sous-muqueuse ni de follicules clos, même rudimentaires.

La couche musculieuse que nous venons de décrire se confond, par l'intermédiaire d'une couche conjunctivo-vasculaire assez lâche, avec la couche musculieuse doublant la muqueuse intestinale qui constitue, nous l'avons dit plus haut, le revêtement de la face externe de la paroi du kyste. On peut donc considérer que les deux couches musculieuses adossées forment ce que nous avons dénommé la *couche moyenne* de la paroi du kyste.

La *face externe* de cette paroi est revêtue par une muqueuse du type intestinal. Elle est en effet formée par un épithélium composé de deux sortes de cellules; les unes cylindriques hautes à plateau strié, les autres, moins nombreuses, caliciformes, à mucus (fig. 4). Cet épithélium se continue profondément pour former des glandes de Lieberkühn au sein d'un chorion riche en éléments lympho-histiocytaires et en polynucléaires éosinophiles.

C'est aussi dans le chorion que l'on trouve des follicules clos; ils empiètent même parfois dans la sous-muqueuse à travers la *muscularis-mucosæ*.

Celle-ci est beaucoup plus épaisse qu'à l'état normal. Par contre, la sous-muqueuse est assez mal délimitée et la couche musculieuse ne montre pas ses deux couches de fibres nettement individualisées: elles manquent par places ou bien s'entremêlent.

A signaler, un fait pathologique constant au niveau de cette paroi de kyste intestinal, c'est la présence, dans tou-

es les couches, d'une infiltration diffuse de polynucléaires éosinophiles.

En résumé, on se trouve en présence d'un kyste intestinal intra-mural, à revêtement interne du type de la muqueuse gastrique simplifié, c'est-à-dire à cellules à mucus seulement.

CHAPITRE III

Etiologie

Les kystes entéroïdes sont essentiellement des affections des jeunes. Ils se manifestent presque toujours avant vingt ans. Les auteurs signalent :

35 p. 100 des cas durant la 1^e année :

FRANCKEL : 3 jours ; KROGIUS (2 mois) ; BLACKADDER (10 semaines) ; RIVARCIA (45 jours) ; SAWYER (5 mois), etc., etc...

40 p. 100 des cas chez l'enfant et l'adolescent

DRENNEM (2 ans) ; HEDINGER (4 ans) ; SAWYER (6 ans) ; SPRENGEL (15 ans). Cas du Professeur ETIENNE (5 ans). Cas étudié ici (18 ans).

25 p. 100 des cas après 20 ans. L'âge maximum signalé est 33 ans (TERRIER et LECÈNE).

Le sexe n'a qu'une influence très relative, semble-t-il. BOURDE et MOSINGER indiquent le sexe féminin comme plus fréquemment atteint ; la majorité des auteurs ne s'en préoccupent pas, notamment lorsqu'il s'agit de nourrissons.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

Localisation topographique

Dans notre observation, la tumeur siège dans la région iléo-cæcale. Est-ce là un siège électif ou bien peut-on trouver des kystes entéroïdes à d'autres niveaux sur le tube digestif?

Tous les segments du tractus intestinal ont été signalés comme pouvant donner asile à ces formations pathologiques: la base de la langue, l'œsophage, l'estomac, le duodénum, le rectum. Mais c'est surtout l'intestin grêle que l'on trouve le plus souvent atteint; et plus particulièrement la région iléo-cæcale.

Nous avons déjà donné la statistique de TERRIER et LECÈNE qui, sur 18 cas, en trouvent 15 dans la région iléo-cæcale. La lecture des observations isolées tant françaises qu'étrangères a confirmé cette opinion.

Leurs rapports avec la valvule iléo-cæcale sont variables:

HUETER, QUENSEL-AYER, Mac AULEY, DRENNEM, BALDWIN le trouvent en rapport direct avec la valvule.

SPRENGEL, HEDINGER, BAZIN, BOURDE et MOSINGER le décrivent à peu de distance de la valvule.

Enfin BLOCKADDER, BALL, BAZIN, EDWARDS, EVANS publient des cas de kystes franchement cœcaux. Celui dont nous avons présenté l'observation siégeait sur la région postérieure du cæcum et intéressait la paroi postérieure de l'abouchement iléal.

Pourquoi cette localisation dans la région iléo-cœcale?

Il semble que cela s'explique à la lumière de deux sortes de faits:

1° que les kystes entéroïdes sont de nature congénitale.

Nous verrons plus loin les arguments en faveur de cette hypothèse;

2° la région iléo-cœcale est celle de l'intestin la plus complètement remaniée au cours du développement: le tube intestinal se transforme, s'allonge, se tord, le péritoine primitif donne des fascias d'accollement. Le gros intestin se différencie du grêle; les épithéliums intestinaux passent par plusieurs stades avant d'arriver à leur forme définitive, le canal omphalo-mésentérique se résorbe pour ne laisser persister qu'un diverticule: le diverticule de Meckel. Aussi il est compréhensible qu'il y ait dans cette région plus de raisons qu'ailleurs pour que quelque tissu embryonnaire reste pincé dans la paroi, que quelques débris du canal omphalo-mésentérique ne se résorbent qu'incomplètement et deviennent à un moment quelconque le point de départ d'une tumeur.

Localisation anatomique

Quels rapport ces kystes ont-ils avec les différentes couches de la paroi intestinale?

TERRIER et LECÈNE ont montré qu'ils pouvaient être :

- sous la muqueuse,
- dans la musculuse,
- sous la séreuse.

1° *Les kystes sous-muqueux* sont les plus rares d'après les statistiques. SPRENGEL, QUENSEL, AYER, DRENNEM en ont publié quelques cas.

Ils n'offrent rien de particulier à signaler au point de vue anatomopathologique, si ce n'est qu'ils saillent dans la lumière intestinale et l'obstruent plus ou moins complètement d'une façon précoce.

2° *Les kystes intra-musculaires* sont également rares (FRANCKELL, GÉLLER, DRENNEM), le cas que nous étudions se range dans cette catégorie. Il est inséré en pleine paroi intestinale à égale distance du péritoine et de la muqueuse. Leur paroi musculo-conjonctive se confond avec les couches musculaires des tuniques intestinales.

3° *Les kystes sous-séreux*. — BOURDE et MOSINGER les considèrent comme les plus fréquemment rencontrés. Avec TERRIER et LECÈNE, ils les divisent en deux catégories :

- a) ceux qui occupent le bord libre de l'intestin,
- b) ceux qui occupent le bord mésentérique de l'intestin.

a) *Ceux qui occupent le bord libre de l'intestin* peuvent être pédiculés ou au contraire adhérents à la paroi intestinale par des tractus fibreux. TIEDEMAN a opéré un kyste dont le pédicule mesurait 4 cm.

Dans un cas de KRATSEINSTEIN, le kyste a l'aspect d'un lipome appendu à l'intestin. Parmi les kystes adhérents au bord libre de l'intestin par des tractus fibreux, certains

peuvent acquérir des dimensions considérables. MILLARD et ROBERTSON citent l'exemple d'une tumeur de 11 cm. en forme de saucisse située dans le côlon ascendant et rattachée au mésentère de l'angle iléo-cæcal par un repli péritonéal contenant de fins vaisseaux. KETTEL et L.-J. HORN publient des cas à peu près analogues.

Le cas étudié par GOLDSTEIN dans le service du Professeur ETIENNE entre dans cette catégorie: « La tumeur kystique reposait sur le côlon ascendant auquel elle adhérait par des adhérences et tractus presque avasculaires ».

b) *Les kystes de la 2^e catégorie*, c'est-à-dire ceux développés sur le bord mésentérique de l'intestin sont généralement inclus entre les deux feuillets du mésentère (TERRIER et LECÈNE, BALTZ et LAWRENCE), et dans cette situation, il peut arriver que le kyste perde toute connexion avec l'intestin pour se développer d'une manière autonome dans le mésentère. Le kyste observé par RICARD et DESGOUTTES était développé à la face postérieure de la cavité abdominale entre les feuillets d'accollement du péritoine pariétal et du méso-côlon primitif.

Quelle que soit leur localisation par rapport aux différentes couches de la paroi intestinale, ils peuvent faire une saillie plus ou moins marquée dans la lumière de l'intestin. Le notre saillait en même temps dans le cæcum et l'iléon, obstruant la valvule de Bauhin.

Enfin, si la majorité des kystes ont une cavité entièrement close, certains communiquent avec la lumière intestinale par un orifice plus ou moins large (on pouvait passer l'index dans un cas de BALDWIN), ce qui donne à la tumeur un aspect diverticulaire.

BOURDET et MOSINGER résument ces considérations sur les

rapports anatomiques des kystes entéroïdes avec l'intestin en distinguant à un point de vue pratique :

1° *des kystes extra-intestinaux :*

évoluant longtemps sans troubler la fonction intestinale. Ce sont ceux qui donnent cliniquement des formes tumorales. Ils sont susceptibles d'acquérir de grandes dimensions, car ils ne se révèlent que tardivement.

Au point de vue anatomique, ils correspondent :

- a) aux kystes développés entre les deux feuillets du mésentère, soit au contact de l'intestin, soit à distance constituant une variété de kyste du mésentère ;
- b) à certains kystes rétro-péritonéaux développés dans une zone d'accolement du péritoine, dans la racine du mésentère (cas de RICARD et DESGOUTTES) ;
- c) à quelques kystes para-intestinaux situés au voisinage de l'intestin mais en dehors des feuillets mésentériques.

Au point de vue chirurgical, ce sont des tumeurs théoriquement énucléables sans lésion de l'intestin. Pratiquement leur contact étroit avec les vaisseaux nourriciers de l'intestin complique leur ablation.

2° *des kystes pariéto-intestinaux*

siégeant dans la paroi même de l'intestin. Ils provoquent toujours des troubles marqués de la fonction intestinale et ont comme aboutissant normal l'occlusion.

Dans le cas que nous étudions, les troubles intestinaux furent réduits au minimum, mais le malade eut des crises douloureuses très violentes et finalement une invagination iléo-cæcale.

Au point de vue chirurgical il existe une différence avec ceux de la catégorie précédente: ils sont si intimément confondus avec la paroi que leur énucléation est impossible. La résection segmentaire de l'intestin avec le kyste est alors indispensable. C'est la technique qui fut employée chez notre malade.

AIGUABELLA et CONDÉ pourtant, signalent un cas de kyste sous-séreux qu'ils ont pu extirper sans ouvrir la lumière intestinale car il existait un plan de clivage.

Nous reprendrons ces notions lorsque nous envisagerons le traitement.

Peut-on établir un rapport de fréquence entre la situation du kyste dans la paroi et la date de manifestations cliniques ?

Il ne semble pas.

Les âges des malades relevés dans les observations sont très variables pour une même variété. En voici quelques exemples.

Pour les kystes sous-séreux:

TERRIER et LECÈNE	33 ans
BOURDE et MOSINGER	10 ans
Professeur ETIENNE	5 ans

Pour les kystes intra-musculaires:

SAVOYER 1 ^{er} cas	6 ans
2 ^e cas	5 mois

Le malade de notre observation avait, par contre, 18 ans.

Il est assez difficile devant ces variations, de conclure si par exemple les kystes intrapariétaux se voient plus fréquemment chez les sujets âgés que chez les jeunes.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

1° *Le volume du kyste* est extrêmement variable. HEDINGER a vu une tumeur occuper tout l'abdomen.

DRENNEM signale des kystes ayant entraîné une invagination, dont les dimensions sont de $1,7 \times 0,8$ cm.

Entre les deux, tous les volumes peuvent être observés. Il n'apparaît pas que le volume de la tumeur à lui seul soit un facteur de complication; sa situation, comme nous l'avons vu, est à ce point de vue beaucoup plus importante.

2° *La forme du kyste* la plus fréquemment observée est une forme arrondie ou oblongue (aspect d'une saucisse).

Il est le plus souvent uniloculaire.

3° *Le contenu* généralement visqueux, incolore ou laiteux peut prendre plus rarement des aspects:

purulent (DRENNEM),

fœcaloïde (THEIS),

chyleux (RICARD et DESGOUTTES), pouvant faire croire à un kyste lymphatique alors que l'examen histologique de la paroi démontre son origine intestinale.

Enfin BOURDE et MOSINGER ont trouvé à l'opération un liquide trouble et chamois.

HISTOLOGIE

Dans les kystes intestinaux dit complets où la paroi présente son maximum de développement, on retrouve dans cette paroi les quatre couches de l'intestin: muqueuse, sous-muqueuse, musculuse, séreuse (BALDWIN, TURNER et TIPPING, EDWARDS, EVANS).

Mais dans la plupart des observations, la paroi du kyste est extrêmement simplifiée avec une musculuse rudimentaire ou faisant défaut et une muqueuse hypoplasée.

Voyons rapidement la constitution d'une tunique intestinale normale. Puis nous lui comparerons les divers types de paroi kystique décrits par les auteurs et plus particulièrement celle qui fait l'objet de notre étude.

La paroi intestinale normale comprend :

1° Une *muqueuse* plissée et soulevée par des papilles et formée de :

- l'*épithélium* avec ses cellules à plateau strié, cellules caliciformes et les cellules argentafines de Kultschilay. Dans le grêle, prédominance de cellules à plateau strié. Dans le côlon, augmentation des cellules à mucus et disparition des cellules à plateau strié.

— des *glandes* de Brünner et de Lieberkuhn;

— un *chorion* conjunctivo-élastique avec des éléments lymphoïdes disséminés et d'autres localisés en amas (follicules clos, plaques de Payer).

2° Une *sous-muqueuse* conjonctive.

3° Une *musculature* formée de deux plans musculaires séparés par un plan élastique.

4° Enfin une *séreuse*.

Dans les parois de kyste entéroïde on retrouve les éléments suivants :

1° La *muqueuse* : Elle est généralement lisse mais peut être plissée (BLOCKADDER) et même papillaire (EVANS) on y a trouvé exceptionnellement des végétations.

a) Son *épithélium* peut être cylindrique comme dans l'intestin normal, mais aussi cubique, endothéliforme et même pavimenteux stratifié (GFELLER). Il n'est pas rare qu'à côté de ces variations de forme d'un kyste à l'autre, on observe

ces différentes sortes d'épithélium dans un même kyste (BOURDE et MOSINGER).

Les cellules à mucus d'après BOURDE et MOSINGER seraient exceptionnelles. TERRIER et LECÈNE en ont rapporté une observation. L'examen histologique du kyste observé dans le service du Professeur ETIENNE ainsi que celui du kyste de notre malade, pratiqué par le Docteur GUIBERT, montre au contraire une paroi presque exclusivement constituée de cellules à mucus. LODD et GROSS ont publié trois cas analogues.

b) *Les glandes* sont exceptionnellement observées, on a pourtant décrit des glandes tubuleuses en doigt de gant rappelant des glandes de Lieberkuhn mais dépourvues de cellules caliciformes. Un cas de DRENNEM montre l'existence de glandes rappelant celles de Brünner.

c) *Le chorion* peut ne pas exister. Dans notre observation il était très net avec en plus des éléments histiolympocytaires normaux et une infiltration de polynucléaires éosinophiles que l'on retrouvait d'ailleurs d'une façon constante au niveau des autres couches.

2° *La sous-muqueuse et la musculouse* sont généralement confondues. Dans notre observation on ne distingue pas de sous-muqueuse.

D'après BOURDE et MOSINGER on trouverait trois types de disposition de ces couches :

a) 1^{er} *type* : la muqueuse repose directement sur un simple tissu collagène et élastique ;

b) 2^e *type* : le tissu sous-muqueux est formé par un feuillage irrégulier de fibroblastes et de fibres musculaires lisses.

c) 3^e *type* : on a une ou deux couches de fibres musculai-

res lisses à ordination régulière. Dans notre kyste, il y avait « deux couches musculaires, une large couche de fibres musculaires lisses doublée d'une couche longitudinale. L'épaisseur de ces couches est très variable d'un point à un autre de la couche, et l'une d'elles par place s'amincit jusqu'à manquer complètement ».

3° *La séreuse* : ne présente rien de particulier. Elle est naturellement absente dans les kystes sous-muqueux et intra-pariétaux.

Que montre cette étude anatomo-pathologique?

1° Que les kystes entéroïdes sont des tumeurs histologiquement bénignes, jamais on n'a trouvé de signes d'infiltration maligne des tissus avoisinants;

2° Que leur origine intestinale est absolument certaine,

— dans de nombreux cas on retrouve une muqueuse intestinale typique. MILLIER et ROBERTSON décrivirent même un kyste où cette origine intestinale se traduisait d'une manière curieuse. Le kyste enlevé, placé sur un plateau présentait pendant deux heures des mouvements péristaltiques très accusés.

dans d'autres cas la muqueuse n'est pas une muqueuse intestinale normale. Elle est restée à un stade évolutif antérieur; épithélium cubique stratifié par exemple (GELLER) ceci d'ailleurs n'est pas étonnant si l'on admet l'origine congénitale de ces tumeurs.

Enfin certaines muqueuses sont des muqueuses du type digestif mais non intestinal. Dans notre observation, il s'agit d'une muqueuse à type gastrique. Lobb et Gross ont signalé trois cas analogues.

CHAPITRE V

Histogénèse

Avant d'aborder la question, voyons rapidement comment se constitue la région iléo-cæcale.

A) Chez l'embryon, le tube intestinal est d'abord droit. Puis, à partir du 25^e jour, il se soulève en direction ventrale, formant une anse en regard du canal vitellin. Le sommet de cette anse s'engage dans l'extrémité proximale du cordon. En même temps, l'anse se tord sur elle-même, amenant à droite et en bas une portion jéuno-iléale, à gauche et en haut une portion iléo-colique, le canal vitellin étiré dans le cordon ombilical se rétrécit, s'atrophie et se résorbe précocement, laissant comme vestige le diverticule de Meckel, chez certains individus. Sur la branche iléo-colique apparaît le bourgeon cæcal qui va marquer la limite entre le grêle et le gros intestin.

Au 3^e mois, l'anse ombilicale rentre dans l'abdomen, les côlons transverse et descendant prennent leur place définitive; le côlon ascendant se forme par l'allongement et la descente dans la fosse iliaque droite du bourgeon cæcal.

Au 3^e mois aussi, la valvule iléo-cæcale se constitue définitivement.

Au 5^e mois, le cæcum prend sa forme définitive.

Au 6 mois, le grêle jusque là plus volumineux que le gros intestin regresse pour acquérir les proportions qu'il aura à la naissance (d'après DUBREUIL).

B) *Comment, à partir de ces données embryologiques, a-t-on expliqué la genèse des kystes entéroïdes dans la région iléo-cæcale?*

Trois hypothèses ont été et sont encore soutenues:

1^e hypothèse: origine diverticulaire

Pour KEIBEL, les kystes entéroïdes seraient dus à l'isolement d'un diverticule intestinal, diverticule fréquemment observé chez l'embryon, d'après certains auteurs (Études de LEWIS et THYNG sur les diverticules de l'embryon du lapin, du porc et de l'homme).

2^e hypothèse

Celle que TERRIER et LECÈNE donnent dans leur mémoire. Le kyste naîtrait aux dépens d'un vestige du canal omphalo-mésentérique. Ceci est appuyé par la constatation de kystes dans la région où était primitivement le canal omphalo-mésentérique (on en a même décrit dans la paroi antérieure de l'abdomen au voisinage de l'ombilic). On aurait un kyste à la place d'un diverticule de Meckel.

Contre cette hypothèse:

1° L'existence de kystes sur le bord mésentérique de l'intestin entre les deux feuillets du mésentère, c'est-à-dire à un point diamétralement opposé au point d'implantation du diverticule de Meckel lorsqu'il existe.

2 La coexistence possible de kyste entéroïde et de diverticule de Meckel.

3° La présence de kystes au niveau de la valvule iléo-cæcale dans la paroi cæcale, région éloignée du point occupé par le diverticule de Meckel. Dans le cas que nous avons observé où le kyste était dans la paroi postérieure du cæcum et de la valvule de Bauhin, l'èsprit admet mal cette explication pathogénique. A la rigueur on pourrait expliquer ainsi les kystes de l'iléon.

Pour englober tous les cas et répondre à ces objections, BOURDE et MOSINGER admettent que les kystes naissent toujours d'un diverticule, soit de diverticule embryonnaire accidentel, soit vestige du canal omphalo-mésentérique. Il y aurait donc des kystes entéroïdes meckeliens et des kystes entéroïdes non meckeliens.

3^e hypothèse

C'est celle qui admet qu'il se passe au niveau de la région iléo-cæcale ce qui se passe ailleurs, au cou par exemple où des débris de tissus ou des cellules embryonnaires sont inclus au cours du développement, dans d'autres tissus, y restent silencieux pendant un temps, puis, pour des raisons encore mystérieuses, se développent brusquement, donnant naissance à une tumeur. Ces accidents dysgénétiques, dit LETULLE, ont lieu surtout dans les premiers temps de la vie intra-utérine: enclavements partiels au cours de remaniements méthodiques, persistance d'éléments cellulaires ou même de portions d'organes de transition troublés dans leur métamorphose évolutive, etc...

Cette manière de voir avait été admise par TERRIER et LECÈNE qui rapprochaient ainsi la genèse des kystes intra-pariétaux de l'intestin de celle des kystes dermoïdes du cou.

Il peut, disent-ils, y avoir un pincement ou un enclavement secondaire au cours du développement et ils citent en faveur de cela les quelques cas où l'on a trouvé une communication entre le kyste et la lumière intestinale.

Lodd et Gross admettent aussi cette origine. Elle est très plausible et plus satisfaisante, semble-t-il, que les hypothèses précédentes parce que *à priori* il n'y a aucune raison pour que les choses ne se passent pas dans la région iléo-cæcale comme en d'autres région, et aussi parce que nous l'avons vu, cet angle iléo-cæcal est le siège de remaniements importants au cours de son développement, pendant lesquels les accidents dysgénétiques ont toutes possibilités de se produire.

C'est en tous cas la seule hypothèse satisfaisante pour expliquer la formation des kystes intra-pariétaux, comme celui que nous étudions.

CHAPITRE VI

Etude Clinique

Le kyste entéroïde est congénital. Comme toutes les tumeurs de cet ordre, il ne se manifeste cliniquement qu'après une phase de latence plus ou moins longue. Cette période silencieuse peut se prolonger toute la vie du malade et le kyste n'être finalement qu'une trouvaille d'autopsie (SAINSBURY, 2^e cas de TERRIER et LECÈNE).

Mais le plus souvent le kyste donne lieu à des manifestations cliniques :

- au cours de la 1^e année (35 p. 100 des cas),
- au cours de l'enfance ou de l'adolescence (45 p. 100 des cas),
- plus rarement après 20 ans (25 p. 100 des cas) (BOURDE et MOSINGER).

Il est pratiquement impossible de séparer les symptômes dus à la présence du kyste, des complications qu'il engendre, car ce sont en règle générale ces complications qui le révèlent à l'attention du malade ou du praticien. Aussi tou-

te distinction clinique entre symptômes et complications est assez artificielle. Nous les réunissons dans un même chapitre et étudierons les diverses manifestations cliniques auxquelles la présence d'un kyste entéroïde peut donner naissance, puis en analysant chaque symptôme nous verrons s'il est possible de dégager celui ou ceux qui peuvent en être une traduction directe.

Ces syndromes cliniques sont avant tout d'ordre mécanique

— soit augmentation de volume du kyste créant un *syndrome tumoral* auquel s'ajoutent rapidement des signes de compression (douleurs, obstruction chronique).

— soit un *syndrome aigu d'occlusion*.

Beaucoup plus rarement on est en présence de signes qui traduisent *l'infection* ou la *transformation* maligne du kyste.

Nous analyserons successivement :

- 1° la traduction clinique de la tumeur elle-même;
- 2° les signes divers qui peuvent l'accompagner.
- 3° les complications auxquelles elle peut donner naissance.

1° *La tumeur abdominale*. — Répétons-le, il est rare de l'observer à l'état de tumeur muette. Il peut en être ainsi lorsqu'il s'agit de kystes mésentériques ou para-intestinaux qui ont la place de se développer sans causer de troubles. Au contraire dans les tumeurs à siège intestinal, la tumeur au moment où elle détermine des accidents a rarement acquis un volume suffisant pour qu'elle soit facilement palpable à travers la paroi abdominale.

Lorsqu'on la trouve à l'examen on a la sensation d'une masse lisse, sphéroïdale, de consistance ferme, élastique et tendue.

— Sa mobilité est variable et trompeuse (KROGIUS cite un cas où l'on avait l'impression de ballottement rénal).

— Enfin EVANS signale des tumeurs fantômes, palpables seulement à certains moments. L'observation rapportée par GOLDSTEIN dans sa thèse en est un nouvel exemple.

Donc, rien dans tout cela qui permette de distinguer un kyste entéroïde de toute autre tumeur abdominale.

2° *Les signes d'accompagnement*

Ils traduisent plus ou moins précocement la gêne que le développement ou le siège de la tumeur amènent dans le transit digestif et aussi l'irritation du péritoine voisin et la distention de la tumeur.

a) Le plus constant est la *douleur*. Elle est mentionnée par tous les observateurs et revêt d'une façon assez générale la forme de crises intermittentes se répétant à intervalles plus ou moins éloignés. Les douleurs sont en général très vives et disparaissent le plus souvent spontanément, après un temps plus ou moins long. Leur siège le plus constant est la fosse iliaque droite, siège de la tumeur elle-même.

Elles peuvent être isolées (cas rapporté dans notre observation) ou s'accompagner d'autres symptômes et font alors penser à une occlusion intermittente chronique (KETTEL) (crise douloureuse avec gargouillement et léger péristaltisme comme l'a observé THEIS). Elles deviennent en général plus intenses lorsqu'elles annoncent une complication aiguë (BOURDE et MOSINGER), mais là encore ni le siège, ni l'intensité, ni l'horaire de ces crises ne permettent de leur donner une tumeur intestinale comme étiologie, lorsqu'on les observe isolément.

b) *Les vomissements* sont fréquents au cours des crises. Ils peuvent eux aussi être isolés et se répéter régulièrement

par crises (cas de MILLIAR et ROBERTSON où une fillette avait depuis 4 ans des crises de vomissements, durant 24 heures, se répétant tous les mois).

c) *Les hémorragies intestinales* (MELCHIOR) que LODD et GROSS rapportent à une nécrose de la muqueuse due à des troubles circulatoires engendrés par la présence du kyste, et *l'ascite* (TERRIER et LECÈNE, 25 litres évacués par ponction en 2 fois) sont exceptionnellement observées cliniquement. Par contre on trouve fréquemment une sérosité péritonéale à l'intervention.

Chez notre malade, en dehors des crises douloureuses, nous ne trouvons aucun de ces signes, par contre on remarque une *constipation* opiniâtre qui disparut après l'intervention. Nous ne l'avons pas trouvée signalée explicitement par les auteurs.

3° *Les complications*

Ce sont elles qui objectivent le kyste soit au cours de l'examen ou de l'intervention que l'on est amené à pratiquer lorsqu'elles surviennent. Ce sont avant tout des accidents d'occlusion par obstruction de la lumière intestinale ou par invagination.

Ces crises occlusives sont en général très brutales dans leur apparition (KRATZENSTEIN, d'ABREU, etc...). Plus rarement elles évoluent par poussées successives de crises douloureuses accompagnées de troubles du transit (2^e cas de KETTEL). Leur symptomatologie est celle de toute occlusion mécanique. Elle est plus ou moins complète et rien, cliniquement, ne donne aux occlusions aiguës par kystes entéroïdes, des caractères particuliers.

L'occlusion se produit par obstruction ou invagination. Le volvulus possible au niveau des segments intestinaux à

méso-péritonéal long (grêle, sygmoïde), ne se produit pas dans la région iléo-cæcale, l'invagination y est par contre d'une fréquence remarquable (FERRIER et LECÈNE, LODD et GROSS, SAWYER, KETTEL, SPRENGEL-BALL, Mac AULEY, BAZIN, DRENNEM, THEIS ainsi que le cas rapporté dans notre observation). Ceci s'explique assez bien par la situation même de la tumeur. Au niveau de l'angle iléo-cæcal, se rencontrent les mouvements péristaltiques du grêle et les mouvements antipéristaltiques du gros intestin. Si une cause irritative, tumeur puis les matières qui s'accumulent derrière, siège sur les derniers centimètres du grêle ou à niveau de la valvule de Bauhin, les mouvements péristaltiques s'exagèrent, les mouvements antipéristaltiques aussi et au point de rencontre de ces deux sortes d'ondes, se produit ce que OMBREDANNE compare au « mascaret ». c'est-à-dire une barre. A ce niveau, l'onde rétrograde passe au-dessus de l'onde péristaltique, ce qui revient à dire que l'iléon s'enfonce dans le cæcum. La progression de l'invagination se poursuit ensuite grâce à la poussée des matières et aux efforts faits par le malade (d'après OMBREDANNE).

— Il est important de noter le caractère aigu « d'urgence » des invaginations iléo-cæcales que WERTHEIMER oppose au caractère chronique et récidivant des invaginations par tumeur haut située sur le grêle.

A côté de ces complications occlusives fréquentes et graves, nous ne ferons que citer les autres sans nous y attarder étant donné leur caractère exceptionnel.

La torsion du kyste pédiculé (ROTH) aboutit à la gangrène et à la péritonite.

— *L'infection du kyste* peut aussi être une cause de péritonite (cas de BOURDE et MOSINGER).

- *La dégénérescence adénomateuse* (ANDERSON) maligne (Mucator) sont absolument exceptionnelles. Le kyste entéroïde étant en règle, une tumeur bénigne.

— Enfin *des accidents du tpe anaphylactique* non signalés par les auteurs, furent observés chez la petite malade du Professeur ETIENNE (GOLDSTEIN). Après une première fissuration silencieuse, l'irruption dans le péritoine du liquide contenu dans le kyste a provoqué des accidents de shock extrêmement graves. Il serait intéressant d'étudier la nature du contenu des kystes et comparer observations cliniques et résultats expérimentaux.

En résumé, que nous apprend l'étude de la symptomatologie des kystes entéroïdes iléo-cæcaux?

Principalement trois choses:

1° que le kyste en lui-même, en l'absence de complications, n'a pas d'histoire clinique ou provoque des troubles tellement vagues et banaux qu'il est impossible de les rapporter à leur cause.

2° que toute l'histoire clinique de kystes entéroïdes de la région iléo-cæcale est liée à celle de leurs complications qui sont l'aboutissant presque fatal de leur évolution. C'est au cours d'un examen ou d'une intervention pour une de ces complications que le kyste sera découvert.

3° Enfin que ces complications sont surtout de nature mécanique, d'apparition brutale et commandent une intervention chirurgicale d'urgence.

CHAPITRE VII

Diagnostic

On comprend facilement après ce que nous venons de voir de la symptomatologie des kystes entéroïdes, que le diagnostic clinique en est impossible. C'est un diagnostic d'intervention, et les observations publiées sont éloquentes à cet égard; jamais le diagnostic dans aucune d'entre elles, avait été porté avant l'acte opératoire. Ou bien en trouvant une tumeur abdominale isolée, on pensait aux tumeurs courantes de l'abdomen (kyste de l'ovaire, etc.) ou bien devant l'intensité des signes d'accompagnement le diagnostic s'égarait vers ceux d'appendicite (AYER-BALDWIN, DRENNEM, BOURDE et MOSINGER) tuberculose péritonéale (SPRENGEL) kyste de l'ovaire tordu (PODLESCHKA).

Dans le cas rapporté par GOLDSTEIN dans sa thèse où le signe dominant était une tumeur à apparition périodique associée à d'autres signes variables, on a pensé successivement: alors que la tumeur n'était pas perceptible, à l'acétonémie (âge de la malade plus vomissements périodiques), puis devant le syndrome tumeur plus rétention d'urine à un diverticule vésical puis à un rein ectopique, enfin à une

hydronéphrose, et ce n'est qu'à l'intervention que l'on s'aperçut qu'il s'agissait d'une tumeur intestinale dont l'examen histologique fit un kyste entéroïde.

Si donc le diagnostic de ces tumeurs ne peut être porté cliniquement avec certitude, il sera tout de même possible de le soupçonner dans certains cas: « Chez un malade en dehors de toute crise occlusive qui présentera dans l'hémi-ventre droit une tumeur lisse, rénitente s'accompagnant de quelques troubles digestifs douloureux; la crainte de redoutables complications devra pousser à l'opération qui fera faire le diagnostic précis. En période d'occlusion, si l'on a la chance de percevoir la tumeur, on pensera évidemment qu'elle en est la cause. Mais il sera bien difficile de préciser sa nature » (BOURDE et MOSINGER). On pensera d'autant plus à la possibilité d'un kyste entéroïde que le malade sera plus jeune.

L'esprit mis en éveil, y a-t-il encore un moyen d'avancer d'un pas vers un diagnostic précis avant tout intervention?

Il semble que la radiologie puisse rendre d'importants services. Elle n'a guère été utilisée jusqu'ici, peut-être parce que les malades étaient vus en période aiguë, qu'il était urgent d'opérer et que cet examen complémentaire risquait de faire perdre un temps précieux. Il est pourtant des cas où il devient extrêmement important, c'est lorsqu'on a affaire à une invagination intestinale chez un sujet jeune, parce que souvent dans ce cas un lavement sous pression amène la guérison. C'est là qu'il faut savoir voir et interpréter les quelques anomalies de l'image radiologique pour ne pas laisser passer la tumeur. Le malade du Professeur Roux, dont nous rapportons l'observation, en est un exemple frappant. Dans les antécédents du malade, on trouve des crises douloureuses de la fosse iliaque droite avec des

phénomènes passagers de sub-occlusion (arrêt des gaz et des matières). Pas de vomissements ni d'hémorragies intestinales.

À l'examen, pas de signes d'appendicite ni de tumeur.

On pratique l'examen radiologique après ingestion de baryum et l'on trouve une invagination que le lavement baryté sous pression arrive apparemment à réduire, puisque la baryte reflue dans l'iléon. L'erreur eût été de s'en tenir là et de considérer le malade guéri. Mais le bas-fond cæcal bien que rempli, restait irrégulier dans ses contours, éveillant l'idée d'une réduction incomplète ou de la présence d'une tumeur, ce qui décida une intervention immédiate qui confirma cette présomption. THEIS trouva dans un cas, un défaut de réplétion de la partie interne du cæcum.

En résumé, le diagnostic de kyste entéroïde de la région iléo-cæcale reste un diagnostic d'intervention et d'examen anatomo-pathologique. Mais comme le kyste se manifeste en règle générale par des complications aiguës, il y a intérêt à soupçonner sa présence lorsqu'on constate ces complications.

Nous avons vu qu'à part les cas assez rares où la tumeur est perceptible à la palpation, seul l'examen radiologique dont l'intérêt est peut-être assez théorique chez l'adulte, puisqu'il faut opérer, peut, chez l'enfant apporter une précision intéressante et amener le chirurgien à pousser plus loin ses investigations.

CHAPITRE VIII

Traitement

Il est évidemment chirurgical. Théoriquement simple il se heurte en pratique à des difficultés de deux ordres: les unes sont inhérentes aux caractères et aux rapports de la tumeur, les autres aux conditions dans lesquelles on opère.

DIFFICULTÉS INHÉRENTES A LA TUMEUR

1° *Sa situation anatomique*

BOURDE et MOSINGER distinguent à ce point de vue:

- a) *Les kystes extra-intestinaux*, type kyste du mésentère dont l'exérèse est souvent possible. Pas toujours facile d'ailleurs, car si la crainte d'ouvrir l'intestin n'existe pas à ce niveau, on opère dans une zone très vascularisée où l'on peut être amené à pratiquer des ligatures dangereuses pour la vitalité ultérieure du segment intestinal. D'autre part, le pôle postérieur de la tumeur est en rapport avec la zone rétro-péritonéale où cheminent veine cave inférieure, uretère, vaisseaux spermatique et utéro-ovariens que l'on risque de blesser.

b) *Les kystes para-intestinaux* accolés à l'intestin par des tractus fibreux peuvent être énucléés sans ouvrir la lumière intestinale. Mais le plan de clivage n'est pas toujours facile à trouver. Il faut disséquer le kyste; la surface déperitonisée sera recouverte par un surjet séro-séreux (TERRIER et LECÈNE).

c) *Les kystes pariéto-intestinaux* ne sont pas énucléables. Il faut enlever en même temps qu'eux une portion de l'intestin. Pour cela, deux tactiques:

a) *l'excision* emportant une partie de la circonférence intestinale a été employée dans le cas rapporté par BOURDE et MOSINGER. Elle a l'avantage d'être relativement peu shockante mais risque d'entraîner après suture une sténose de la lumière intestinale. Il sera bon d'y parer par une entéro-anastomose iléo-colique.

b) *la résection segmentaire* est beaucoup plus nette, de technique plus facile et évite des rétrécissements ultérieurs. Mais elle est grave surtout dans les cas où le kyste est enlevé en période d'occlusion confirmée ou lorsqu'on a affaire à un sujet jeune.

c) *la marsupialisation interne* (ASCHNER, SLESINGER) consiste après incision du kyste et ouverture de l'intestin à ourler les lèvres de l'incision à la muqueuse intestinale. C'est une opération rarement pratiquée.

2° *La situation topographique du kyste*

Peut être une cause ne permettant pas l'énucléation. Si elle est possible théoriquement lorsque le kyste siège sur l'iléon, il n'est pas besoin de longs développements pour comprendre qu'on ne pourra la pratiquer pour un kyste intéressant la valvule iléo-cæcale.

Dans le cas que nous rapportons ces deux premières raisons jouaient (kyste intrapariétal siégeant dans la paroi postérieure du cæcum et de l'iléon). Aussi la résection segmentaire (hémicollectomie droite avec anastomose latéro-latérale transverso-iléale) était la seule tactique à envisager.

3° Enfin *le volume de la tumeur* peut entrer en jeu. Lorsque l'excision rétrécirait par trop la lumière on peut lui substituer une résection segmentaire, ou ajouter à l'excision une anastomose de dérivation.

DIFFICULTÉ INHÉRENTES AUX CONDITIONS OPÉRATOIRES

1° L'occlusion confirmée rend d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne, la résection intestinale. On peut être alors amené à ne pratiquer qu'une *entérostomie*, c'est un pis-aller.

2° L'infection grave du kyste ne permet dans certains cas qu'une *marsupialisation*; c'est encore une opération de nécessité qui n'atteint pas la tumeur elle-même.

3° *Les risques de nécrose ultérieure* d'un segment intestinal peuvent décider d'une résection là où une énucléation aurait été techniquement possible, mais aurait demandé le sacrifice d'un trop grand nombre de vaisseaux nourriciers de l'intestin.

4° *Enfin l'âge du sujet*. — Il est inutile d'insister à nouveau sur la gravité d'une résection chez un nourrisson.

Pour synthétiser cette discussion nous dirons :

— que l'*énucléation* de la tumeur, opération idéale est rarement possible,

— il reste donc en fait deux types d'interventions praticables :

- 1° *l'excision simple* avec ou sans entéro-anastomose,
- 2° *la résection segmentaire* de l'intestin.

Dans certains cas les deux tactiques sont possibles avec des difficultés techniques plus ou moins grandes.

En faveur de la résection: deux points importants que rappellent Lodd et Gross:

- 1° que le kyste et l'intestin ont une paroi commune si bien qu'on ne peut disséquer le kyste sans ouvrir l'intestin;
- 2° que les vaisseaux de l'intestin pouvant cheminer à la surface du kyste, l'ablation peut par leur blessure amener de l'ischémie et de la nécrose.

En faveur de l'excision accompagnée si besoin est, d'entéro-anastomose: la mortalité opératoire importante des résections intestinales:

KETTEL, 18 résections, 8 morts.

LODD et GROSS: 6 résections, 2 morts.

Alors que pour les mêmes auteurs les excisions ne furent grevées d'aucune mortalité.

Et BOURDE et MOSINGER dans leur étude, concluent ainsi: « Nous avons préféré, dans notre cas, une intervention sans doute moins brillante dans sa technique, mais plus sûre dans ses résultats; l'excision suivie d'anastomose iléo-ascendante ».

Il est pourtant des cas, comme celui que nous rapportons dans cette thèse où l'hésitation n'est pas possible. De par les rapports et surtout la situation topographique du kyste, seule la résection intestinale est à envisager.

CHAPITRE IX

Conclusions

Certains points sont à retenir de cette étude :

1° La fréquence des kystes entéroïdes parmi les tumeurs intestinales des enfants et des adolescents, leur rareté chez l'adulte.

2° Leur origine congénitale certaine, vraisemblablement à partir d'éléments tissulaires embryonnaires inclus dans la paroi ou les mésos au cours du développement de l'intestin.

3° La fréquence de leur localisation iléo-coacale par rapport aux autres localisations ce qui explique, avec les complications particulières qu'entraîne leur présence dans cette région qu'on puisse cliniquement individualiser les kystes entéroïdes de l'angle iléo-cæcal.

4° Bien qu'histologiquement bénignes, ces tumeurs sont cliniquement graves, car leur évolution aboutit plus ou moins fatalement à une complication aiguë, occlusion le

plus souvent qui nécessite une intervention d'urgence grévée d'une mortalité assez élevée.

5° L'impossibilité où l'on se trouve de faire leur diagnostic cliniquement, mais l'intérêt qu'il y a à les soupçonner (la radiographie constituant un secours très appréciable soit au cours de complications, soit même en dehors d'elles) afin de mettre par une intervention non différée le malade à l'abri d'accidents ultérieurs très graves.

6° Enfin la nécessité d'un traitement qui supprime radicalement la lésion et n'entraîne pas de sténose importante de la lumière intestinale. La résection segmentaire est l'intervention de choix. Grave en période aiguë, pratiquée en dehors de toute complication elle n'entraîne pas une mortalité sensiblement supérieure aux autres interventions proposées, et elle a l'avantage sur elles de ne pas exposer le sujet à des troubles fonctionnels persistants dus à la stase chronique, tels qu'on les voit se produire après les opérations de dérivation.

Bibliographie

- ABREU (Cardiff d'). — Kyste entérogène de l'iléon chez un enfant. *The Lancet*, juillet 1934.
- AIGUABELLA et CONDÉ. — Entérokystome de la paroi caecale. *Revista espagnola de cirurgia*, nov.-déc. 1933.
- ASCHNER. — Kyste de l'iléon ayant déterminé une obstruction. *Arch. of Surgery*, juillet 1924.
- ALAYA (Gonzales). — Tumeurs invaginées du cæcum. *Revista de gastro-enterologia de Mexico*, n° 56, août 1938.
- AUCHE et PEYRE. — Kyste muqueux juxta-intestinal. Analyse in *J. de Chirurgie*, volume 9, t. I, p. 272.
- BOURDE et MOSINGER. — Les kystes entéroïdes. *J. de Chirurgie*, vol. 50, T. II, p. 289.
- BRADNEY et HOKE. — Kyste entérogène iléo-cæcal. *J. Péd.*, mai 1933.
- BRAUN. — Kystes de l'intestin. Analyse in *J. de chirurgie*, t. I p. 740.
- DESGOUTTES et RICARD. — Kyste du mésentère. *J. de chirurgie*, sept. 1928, p. 269.
- DRENNEM. — Kystes iléo-cæcaux. *Arch. Surg. Chicago*, t. 22, n° 1, janvier 1931.
- ELKIN. — Iléus par étranglement par un kyste et l'appendice. *Vrach. Dieŭo*, 10-30. nov. 1927.
- EVANS. — Kystes et diverticules entérogènes congénitaux. *British Journal of Surgery* vol. 17, n° 65, juillet 1929, p. 34-83
- EWING. — Néoplastic diseases, p. 130. Saunders and Co, 1931.
- FORGUE et RICHE. — Le diverticule de Meckel.

- FORRESTER. — Kyste entérogène. *Glacow Medical Journ.* 119, juin 1933.
- GOLDSTEIN. — Un cas de teratome kystique de la cavité abdominale. Thèse de Montpellier, 1937.
- GLASS. — Grosse hernie ombilicale avec entérokyste chez un nouveau né. *Am. J. Obst. and Gyn.*, mai 1935.
- HAGGARD. — Kyste entérogène de l'iléon ayant causé une obstruction chez l'enfant. *Surg. Clin. of America* 1930, vol. 10 page 713.
- HUGUES JONES. — Kystes entérogènes. *British Journ. of Surgery*, vol. 22, n° 85, juillet 1934.
- HORN (L.-J.). — Kystes entérogènes rétro-péritonéaux. *Brit. Journ. of Surgery*, vol. 23, n° 91, janvier 1930.
- JOSSELING DE JONG. — Les kystes du mésentère et de l'intestin, énigmes de la cavité abdominale. *Nederl. Tijdsch.* t. 74, 26 avril 1930.
- KETTEL (K.). — Etude clinique de l'entérocystome. *Arch. für Klin. Chir.* t. 176, sept. 1933, fasc. 2.
- KETTEL. — Un cas d'entérocystome. *Hospitalstidende* an. 76, n° 12-13-14-23 et 30 mars et 6 avril 33.
- KRATZENSTEIN. — Kystes intestinaux comme cause d'occlusion. *Zentralblatt für Chir.* t. 50, n° 48-49, déc. 1933.
- LANAHAN et STONE. — Kystes entérogènes. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 58, n° 6, juin 1934.
- LEWIS et THYNG. — Constance des diverticules intestinaux chez l'embryon du porc, lapin et homme. *Ann. O. Ant.*, 1907-1908, t. 7, p. 505.
- LODD et GROSS. — Kystes entérogènes. *Surg. Gyn. Obst.* Analyse in *J. de Chir.*, t. 57, n° 1, 1941, p. 74.
- MAYER. — Kystes intestinaux. *Ann. int. Méd.*, déc. 1935, p. 797-805.
- MELCHIOR. — Hémorragie intestinale massive comme complication d'une entérokystome. *Deutsche Zeitschrift für Chir.* t. 243 fsc. 10-11, oct. 1934.
- MILER. — Kystes mésentériques entérogènes. Analyse in *J. de chir.*, 11, p. 625.
- MILLAR et ROBERTSON. — Entérokystome. *The British journ. of Surg.* vol. 17, n° 76, janvier 1930.
- MONTERUMICI. — Occlusion intestinale chez le nourrisson par entérokyste congénital iléo-cæcal. *Giornale veneto di Scienze mediche*, an. 6, n° 2, février 1932.

- PETIT DE LA VILLEON. — Kyste congénital du rectum. *Soc. Méd. et Chirurg. de Bordeaux* 1915, t. 39.
- PONCHËR et MILLS. — Kystes et diverticules d'origine intestinale. *Ann. J. Ris. Chil.* 1933, t. 14-1064.
- PODLESCHKA. — Sur l'apparition, la signification clinique et l'origine de l'entérokystome. *Arch. fur Cynakilogie* t. 150, fasc. 2, 22 avril 1932.
- PROUST et MONOD. — Contribution à l'étude des kystes du mésentère. *Rev. Gyn. et Chirurgie*, sept. 1912, p. 225.
- RIVAROLA. — Invagination par kyste entérogène du grêle chez un enfant de 45 jours. *Soc. deChirurgica de Buenos-Aires*, t. 22, n° 26, 8 nov. 1938.
- SANTI (Florence). — Contribution à l'étude des kystes entéromésentériques. *La Clinica Chirurgica* an. 8, n° 2, déc. 1932.
- SAWYER (Chicago). — Kystes entérogènes. *Surgery, Gyn. and Obst.* 70, n° 1, janv. 1940, Analyse in *J. Chirurgie*, t. 57, n° 1 1941.
- SHALLOW. — Kystes entéromésentériques. *Annals of Surgery* 81, n° 4, av. 1925.
- SHIMIZU. — Un kystede l'intestin ayant entraîné une invagination *Okahama igakkai Zasshi* t. 45, n° 3, mars 1933.
- SLESNIGER. — Volumineux kyste du grêle chez un enfant *English J. of Surgery*, vol. 16, n° 62.
- TERRIER et LECÈNE. — Un nouveau cas de kyste juxta intestinal. *Revue de Chirurgie*, 1904, n° 2, p. 161, t. 24.
- THEIS (Chicago). — Entérokystome iléo-cæcal. *Ann. of Surgery*, vol. 87, n° 1, mai 1928.
- STANLEY-WHITE. — Kyste mésentérique ou entérogène. Analyse in *Journ. Chir.* t. 17, p. 157.
- WERTHEIMER et GUILLET. — Invagination du grêle par tumeur bénigne. *Lyon Chirurgical*, 5 mai 1938, t. 35, n° 5.

Table des Matières

CHAPITRE I. — <i>Définition</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Observations</i>	13
CHAPITRE III. — <i>Etiologie</i>	21
CHAPITRE IV. — <i>Anatomie pathologique</i>	22
CHAPITRE V. — <i>Hystogénèse</i>	32
CHAPITRE VI. — <i>Etude clinique</i>	36
CHAPITRE VII. — <i>Diagnostic</i>	42
CHAPITRE VIII. — <i>Traitement</i>	45
CHAPITRE IX. — <i>Conclusions</i>	50
BIBLIOGRAPHIE.	52

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

**Les kistes entéroïdes de la région
iléo-coecale.**

par : **PINSON Jacques**

je pense que la Faculté peut en permettre l'impression,

Montpellier, le 28 Novembre 1941.

Le Professeur,

ÉTIENNE

Vu :

Montpellier, le 28 Novembre 1941

Le Doyen,

EUZIÈRE

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 1 Décembre 1941

pour le Recteur

*Le Vice-Président
du Conseil de l'Université :*

Augustin FLICHE

